

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 133

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

De quelques formes de

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Elie GUYOT

Né le 15 Octobre 1875, à Pontamur (Puy-de-Dôme)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

De quelques formes de

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

De quelques formes de

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

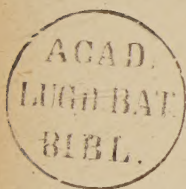
Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Elie GUYOT

Né le 15 Octobre 1875, à Pontaumur (Puy-de-Dôme)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. TEISSIER.
		ROQUE.
		BARD.
		PONCET.
Cliniques chirurgicales	{	JABOULAY.
		FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		ROLLET.
Clinique ophthalmologique		NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		PIERRET.
Clinique des maladies mentales.		WEILL.
Clinique des maladies des enfants.		POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes		CLUZET.
Physique médicale		HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique		MOREL.
Chimie organique et Toxicologie		BEAUVISAGE
Matière médicale et Botanique		GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		TESTUT.
Anatomie.		RENAUT.
Anatomie générale et Histologie		MORAT.
Physiologie.		COLLET.
Pathologie interne.		COURMONT (P.)
Pathologie et Thérapeutique générales.		PAVIOT.
Anatomie pathologique		POLLOSSON (M).
Médecine opératoire.		X ..
Médecine expérimentale et comparée		LACASSAGNE.
Médecine légale		COURMONT (J.).
Hygiène		PIC.
Thérapeutique		FLORENCE.
Pharmacologie.		

PROFESSEURS, ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESEUR.	LATARJET.	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; GAYET, Assesseur,
MM. PATEL, Professeur, et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Officier de la Légion d'Honneur

Au moment d'aborder la carrière médicale, nous tenons à remercier nos maîtres du précieux enseignement qu'ils nous ont toujours donné. Trop heureux si nous pouvons le mettre à profit pour le plus grand bien de nos chers malades !

Monsieur le Professeur PONCET

nous permettra de lui offrir respectueusement notre très vive gratitude pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre Thèse.

INTRODUCTION

C'est sous l'inspiration de M. le Docteur Cotte, chef de clinique de M. le Professeur Poncet, que nous avons choisi pour sujet de notre thèse inaugurale « De quelques formes de Cancer de la Vésicule biliaire ».

C'est encore grâce à son concours éclairé, comme aussi aux excellents conseils de M. Lambert, interne de la clinique de M. le professeur Poncet, que nous avons pu mener à bonne fin notre travail.

Nous tenons, dès les premières pages, à les assurer l'un et l'autre de toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Suivant Delano-Arnes, le cancer primitif de la vésicule biliaire aurait été à peine connu par les médecins antérieurs à 1800. On ne rencontrerait en effet que quatre cas de cancer de la vésicule biliaire : deux de Stall en 1777, un troisième de Hally en 1786, un autre enfin de Baillie en 1794 ; encore pour ce dernier, ne s'agirait-il pas vraiment d'un cancer mais bien de tuberculose, ainsi que semble l'établir Littré dans son dictionnaire.

Littré donne un exemple de cancer de la vésicule et dit en propres termes : « Les tuniques de la vésicule avaient un quart de pouce d'épaisseur et étaient remplies de nodosités dures ; le foie présentait la même affection ».

Cruveilhier à son tour, à propos de la pathologie de la vésicule, en cite aussi un exemple et sans insister indique que souvent la vésicule est *cancéreuse*.

En 1838, Durand Fardel, le premier, donne une observation détaillée dans laquelle les phénomènes cliniques observés chez son malade l'ont conduit au diagnostic de l'affection. Sur les six cas de cancer de la vésicule qu'il étudie, trois se rapportent au cancer primitif ; il termine son travail paru dans les *Archives générales de la Médecine* par les phrases suivantes :

« On n'a jamais décrit, que je sache dans l'histoire des maladies des voies biliaires, le cancer de la vésicule du fiel limité à cette poche sans altération organique du foie lui-même. Cependant cette circonstance a dû se présenter plusieurs fois à l'observation puisque dans un assez court espace de temps j'ai rencontré trois fois une affection de la vésicule sans que la structure du foie fut nullement altérée ».

En 1847, Notta essaye de démontrer que le cancer se développe dans la trame conjonctive sous-muqueuse de la vésicule.

En 1848, Broca signale à la *Société anatomique* un cas de cancer encéphaloïde de la vésicule observé par Corvisart.

Depuis cette époque, les observations se multiplient et l'on ne peut plus en citer que les principales.

En 1857, Narkham (*Trans of the Path. Society*) publie un travail où est mentionné un cas de squirrhe de la vésicule.

Albert signale un fibrome sous-muqueux de la vésicule, Von Schüppel, un myxôme (*Ziemsens's Handbuch* 1880).

Ce sont les quelques rares cas où la tumeur n'a pas revêtu la forme épithéliale.

En 1886, paraît la thèse d'agrégation de Dennié.

La même année, Stilles, se basant sur cinq cas observés par lui, se livre à une étude approfondie au point de vue de l'étiologie de l'affection.

Dans sa clinique, Lancereaux trace une symptomatologie définitive de l'affection. Il en distingue deux formes principales et depuis lors tous les auteurs qui

se sont occupés du cancer de la vésicule biliaire ont été ses tributaires.

En 1890, Courvoisier reprend et développe les idées de Lancereaux et rassemble 203 observations de néoplasme de la vésicule. Il s'occupe du traitement chirurgical de cette affection et, depuis, grand nombre de chirurgiens ont repris cette question au point de vue opératoire. Il suffira de signaler surtout les ouvrages de Kehr et de Kœrte et aussi l'importante thèse de Cotte (Lyon 1908) où l'auteur consacre un chapitre à l'étude des formes principales du néoplasme de la vésicule et à leur traitement.

Il est un fait qui, par sa généralité, a attiré l'attention de tous les auteurs depuis fort longtemps. C'est la fréquence de la lithiase coexistant avec le néoplasme. Pour les uns, la lithiase serait primitive et appellerait par irritation la localisation néoplasique sur la vésicule ; pour d'autres, au contraire, la lithiase serait secondaire au cancer.

Cette question a été développée à plusieurs reprises dans différentes sociétés savantes ; mais depuis la présentation par Rippal d'un cancer de la vésicule à la Société anatomique, il n'est plus question de savoir si le cancer est dû à la lithiase. Et, en même temps que se précisaient les conditions de la technique et que se multipliaient les interventions, le cancer de la vésicule était mieux connu dans ses diverses modalités.

Aux deux formes principales mises si nettement en évidence par Lancereaux, a) forme biliaire, b) forme hépatique, s'en ajoutaient d'autres. C'est ainsi que

dans sa thèse, Dessaigne citait deux formes nouvelles « la forme intestinale et la forme pseudo-pylorique ».

Ce n'est pas que les signes décrits par Lancereaux ne se retrouvent dans ces deux nouvelles variétés, mais il s'est surajouté d'autres symptômes qui prennent le pas et donnent une allure particulière à chacune d'elles, ainsi qu'on en pourra juger par la lecture du présent travail.

Et ce n'est pas tout, il semble qu'à l'heure actuelle on puisse, on doit décrire de nouvelles formes de cette affection et que l'on soit conduit à superposer en quelque sorte la forme biliaire du néoplasme de la vésicule, aux formes si variées de la lithias biliaire. C'est là ce que nous avons essayé de démontrer dans ce travail.

Nous distinguerons en effet, outre les deux formes anciennement connues et celles ajoutées depuis par Dessaigne, une forme que l'on désignera sous le nom d'Empyème cancéreux, qui serait la manifestation aiguë purulente d'un néoplasme de la vésicule comme l'Empyème calculeux est la manifestation purulente de la lithias vésiculaire.

Entre ces deux formes : forme biliaire de Lancereaux et Empyème cancéreux, se trouve toute une série d'intermédiaires comme pour la lithias et qui peuvent revêtir les formes de cholécystite chronique récidivante cancéreuse ; hydropisie intermittente.

L'Empyème lui-même pourrait se perforer et donner lieu à une péritonite généralisée.

CHAPITRE PREMIER

FORME BILIAIRE

C'est de beaucoup la plus fréquente, mais par la diversité de ses symptômes elle doit être démembrée. Telle qu'elle reste après ces divisions elle n'en est pas moins de beaucoup la plus commune et les observations abondent.

Son début est généralement marqué par des troubles digestifs. Les malades sont nettement des dyspeptiques : pesanteur, flatulence, crampes au niveau de l'épigastre, météorisme abdominal, sont des signes sur lesquels les malades attirent souvent l'attention. Mais de tous les symptômes le plus fréquent et aussi le plus important, celui qui a permis aux cliniciens de distinguer la forme hépatique de la forme biliaire, c'est l'Ictère. Soit qu'il se présente avec tous les caractères de l'Ictère infectieux bénin tout à fait au début de l'affection, soit au contraire qu'il ne survienne qu'un peu plus tard, alors que les douleurs de l'amaigrissement peuvent déjà attirer l'attention vers une lésion organique grave, cet ictère ne manque jamais. Une fois installé, il ne fait que gagner en intensité, soit de façon progressive, soit que cette accentuation

coïncide avec des poussées douloureuses. Aussi dans la plupart des observations retrouve-t-on la description d'un ictère très intense. Presque toujours les conjonctives, les lèvres, les téguments sont colorés ; la teinte d'abord jaune safran devient de plus en plus foncée et passe au vert olive. C'est pourquoi les auteurs confondent souvent cette affection avec la lithiasc du cholédoque d'autant mieux que les crises douloureuses paroxystiques qui font rarement défaut, simulent des coliques hépatiques. Les urines foncées présentent la réaction de Gmelin, les fèces sont décolorées. Un autre signe important de cette forme est la constatation au palper d'une tumeur de volume variable siégeant au niveau de la vésicule, le plus souvent au niveau du bord inférieur du foie. C'est une tumeur globuleuse difficile à délimiter, descendant au-dessous de l'ombilic et variant du volume d'un œuf à celui du poing. Le plus souvent lisse et régulière elle peut être bosselée comme dans un cas rapporté par Bertrand.

Cette masse peut être douloureuse spontanément ; elle est très sensible à la pression et impossible à mobiliser. Les douleurs ont aussi un caractère particulier ; elles sont en effet influencées par les repas. Elles apparaissent en général au début de la maladie et nous avons insisté à plusieurs reprises déjà sur leur caractère à la fois *constant* et *paroxystique*.

La fièvre a été observée, mais la part à faire à l'infection est très délicate à établir. Il semble cependant que dans certains cas la cause en doive être rapportée au néoplasme.

a) FORME DE CHOLÉCYSTITE

La forme biliaire dès longtemps isolée et sur laquelle Lancereaux avait fait paraître sa clinique peut semble-t-il être démembrée.

Nous savons déjà que pris en bloc les néoplasmes de la vésicule biliaire revêtent soit la forme hépatique, soit la forme biliaire, cette dernière étant de beaucoup la plus fréquente. L'examen approfondi des différents signes permet d'isoler dans le grand nombre de ces observations de la forme biliaire des formes de cholécystite chronique d'une part, d'empyème de la vésicule d'autre part; on trouve même des cas d'hydropisie intermittente de la vésicule de nature cancéreuse exactement calqués sur le syndrome clinique bien décrit à Lyon par MM. Villard et Cotte et qui a fait l'objet d'un article publié en 1906 dans la *Revue de Chirurgie*.

La forme de cholécystite chronique cancéreuse dont nous voulons nous occuper ici est de même exactement superposable à la cholécystite chronique calculeuse.

Après un début brusque ressemblant à celui d'une colique hépatique typique, le sujet présente de l'ictère dans certains cas, puis tout semble rentrer dans l'ordre. La température même, après s'être élevée tombe à son tour. Après un laps de temps variant de quelques semaines à plusieurs mois, il se fait une nouvelle poussée qui évolue de même. La concomitance de calculs dans le canal cholédoque a quelquefois pu faire penser par la persistance et la tonalité de l'ictère

à une simple lithiase du cholédoque. Cependant à bien y regarder de près, il semble que dans l'intervalle des crises, les malades ne jouissent pas d'une santé aussi bonne que dans les cas de cholécystite simple. Les douleurs paraissent plus vives, l'amaigrissement plus rapide, la perte des forces bien plus marquée. Et de ce fait nous retenons comme preuve cette remarque : les malades demandent plus tôt le secours du chirurgien. Toutes choses égales d'ailleurs, on ne les voit pas traîner longtemps leur affection comme le font les lithiasiques purs ; ils se sentent profondément atteints et s'en inquiètent. Durant leur maladie, c'est à peine si on relève deux ou trois crises de prétendues coliques hépatiques. C'est ainsi que l'intégrité de leur passé hépatique est assez fréquente. Très souvent en effet les malades ont eu une bonne santé jusqu'à l'époque où l'affection commence à évoluer, et cette époque, contrairement à ce qui se passe chez les lithiasiques qui sont fréquemment des jeunes, n'arrive que vers l'âge de 50 ans. Ceci néanmoins n'infirmes en rien le fait plus général sur lequel tous les auteurs ont insisté à savoir que le néoplasme de la vésicule succède le plus souvent à une calculose. Comme pour la lithiase, la vésicule est perceptible dans la moitié des cas environ. Cependant, il semble que la perception d'une tumeur arrondie et dure siégeant sur le bord inférieur du foie, soit en faveur d'un néoplasme.

Et cette cholécystite néoplasique peut elle aussi revêtir les diverses modalités cliniques de la cholécystite calculieuse.

- b) Forme d'empyème.
- c) Forme d'hydropisie intermittente.

b) FORME D'EMPYÈME

La forme d'empyème se distingue par la présence à peu près constante d'une tumeur sous le bord du foie, par l'irrégularité et la persistance de la température. Il n'y a jamais dans ce cas de résolution fébrile complète et nous signalons sans y insister les courbes de température avec un clocher à 40°, et cela tous les deux ou trois jours comme dans un empyème ordinaire.

La présence d'une tumeur dans la région hépatique est conditionnée dans ce cas soit par la vésicule gonflée de pus et de calculs et occupée par la tumeur, soit par des adhérences péritonéales de péricholécystite. Ces adhérences peuvent suppurier et donner lieu à une péricholécystite suppurée qui rappelle l'empyème de tous points. Kümmel a publié de ce fait un très beau cas que nous rapportons ici au chapitre des observations.

Enfin, dans certains cas, la cholécystite peut revêtir la forme d'hydropisie intermittente.

c) FORME D'HYDROPSIE INTERMITTENTE

L'attention n'a été attirée que depuis peu par MM. Villard et Cotte sur ce syndrome. Mais ces auteurs ont décrit l'hydropisie intermittente d'origine calculeuse.

La littérature chirurgicale renferme déjà quelques cas d'hydropisie intermittente d'origine néoplasique.

Nous en rapportons également dans notre chapitre d'observations, deux cas dus à Kümmel et à Tanarky.

Forme de Cholécystite. — Observations

OBSERVATION I

KEHR, — Observation 264. — Cancer de la Vésicule avec généralisation au foie.

Femme ayant eu un accouchement. Depuis Noël 1903, les selles sont abondantes, beaucoup de gaz, léger amaigrissement. En février 1904, à la suite d'ingestion de poissons salés, la malade souffrit de violentes coliques avec un vomissement bilieux, malaise et douleurs généralisées à tout le corps. Elle resta 14 jours au lit sans voir de médecin, se contenta d'applications chaudes sur la région et eut à ce moment un léger subictère. En avril, nouvelle colique à la suite d'un écart de régime et depuis nombreuses crises mais sans ictère. En juin et juillet, elle perd 15 livres et se voit obligée de garder le lit pendant cinq semaines. Depuis trois semaines ictère très net avec décoloration des fèces et pigmentation des urines. Pas de démangeaisons. Dans les derniers jours, douleurs gastriques traitées par les fomentations chaudes et parfois avec de la morphine. Le foie est gros, dur, avec une tumeur sentie au niveau de la vésicule. A l'intervention, on trouve un cancer de la vésicule avec généralisation au foie.

OBSERVATION II

KORTE N° 48. — Néoplasme de la Vésicule et calculs du cholédoque.

Femme de 52 ans qui a toujours eu une bonne santé ; en particulier jamais de coliques ni de douleurs d'estomac.

Il y a cinq semaines, début brusque par des douleurs dans la région épigastrique et le côté droit, en même temps l'ictère s'installe, la peau est sèche, jaune, légère température.

A l'intervention, on trouve sur le fond de la vésicule une tumeur en partie décomposée ; on sent dans la portion

rétroduodénale du cholédoque des calculs en grand nombre. On les extrait par une incision du canal.

Le diagnostic histologique est carcinome infiltrant de la paroi vésiculaire.

OBSERVATION III

KEHR N° 276. — Cholécytite à répétition.

La malade a eu trois enfants. En janvier 1905, elle affirme des douleurs de courte durée dans l'estomac et la poitrine.

En février, elle souffre du côté de son intestin grêle et aussi au niveau du foie.

En mai, teinte ictérique qui survient brusquement ; les urines sont foncées, les matières grisâtres ; puis l'ictère diminue et disparaît même pendant quelques jours.

Au bout de trois semaines l'ictère revient mais plus foncé et depuis lors les douleurs augmentent dans le dos et le côté droit. On ne sent aucune tumeur.

A l'intervention, on trouve un cancer dur de consistance, qui s'étend de la vésicule vers les voies biliaires et envahit le foie. On referme sans rien pouvoir tenter et l'incision guérit bien.

Mais la malade continue à souffrir et meurt quelques jours après son retour chez elle.

OBSERVATION IV

F. WATSON. — Chirurgie abdominale 1906.

Femme de 56 ans. Toujours bien portante jusqu'à il y a seize mois. A ce moment, colique hépatique avec ictère se produisant à différentes reprises. Amaigrissement, anémie. Tumeur palpable sur le bord costal droit. Laparotomie.

On trouve que la tumeur est constituée par la vésicule distendue et elle-même le siège d'infiltration cancéreuse se prolongeant le long du rebord hépatique, adhérente à sa surface inférieure et à l'intestin. La vésicule est enlevée ainsi que la portion adhérente au foie après ligature classique. Tamponnement de la cavité ainsi créée. La vésicule contenait 64 calculs.

Dès le 4^e jour l'appétit revenait.

Mort deux mois après par récidence et métastase.

OBSERVATION V

KERK. N° 297

Dans une première intervention on ouvre à nouveau une vésicule accolée à la paroi abdominale (30 janvier 1904).

Le 10 mars 1904, après une incision exploratrice, on trouve un néoplasme de la vésicule.

La malade avait subi 12 ans auparavant une cystotomie à cause de calculs encombrant la vésicule biliaire.

Forme d'Empyème de la vésicule. — Observations.

OBSERVATION I

KOERTE. — Empyème avec début brusque mais antécédents lithiasiques n'évoluant plus depuis 14 ans.

La malade âgée de 74 ans avait souffert entre 20 et 60 ans de crises hépatiques. Depuis lors les coliques semblaient avoir disparu.

Huit jours auparavant elle avait été prise rapidement de douleurs très vives dans la région vésiculaire avec fièvre et vomissements. A l'examen, on trouve toutes les manifestations d'une cholécystite suppurée. A l'intervention, on ouvre la vésicule qui contient du pus en abondance, et, à côté d'elle, une seconde poche également purulente. On rencontre deux calculs de la grosseur d'une noix dans le col de la vésicule dont les parois sont épaissies et friables. En raison de l'âge de la malade, on renonce à faire une cholécystectomie. Les suites furent simples ; la patiente fut améliorée au point de vue douleurs, mais elle mourut deux mois après. A l'autopsie, on trouva un cancer primitif de la vésicule avec ouverture dans le côlon et de nombreuses métastases dans le foie.

OBSERVATION II

KÜMMEL. — *Loc. cit.* — Observation 221, page 231. Péricholécystite suppurée. — Cancer de la vésicule. — Cholécystostomie. — Cholécystectomie. — Mort.

Malade ayant souffert il y a plusieurs années de coliques hépatiques avec ictère. Les accès se sont reproduits depuis

quelque temps et une tuméfaction douloureuse est apparue sous les fausses côtes droites, A l'examen, panicule adipeux très développé — subictère — sous les fausses côtes, tuméfaction du volume d'une fraise. Peau rouge. Pas de fièvre.

Opération 25 mars 1898. Absès de la paroi qui communique par une ouverture étroite avec la vésicule épaissie et qui renferme du pus et des calculs. Drainage.

20 juillet 1898, persistance d'une fistule qui mène dans une région indurée, donnant la sensation d'une tumeur.

21 juillet 1898. Cholécystectomie. Cancer de la vésicule avec métastases hépatiques. Mort.

KÜMMEL. — Observation 222.

Analogie complète. Simple incision de l'abcès. Mort six semaines après.

OBSERVATION III

KEHR. N° 122.

Jusqu'à l'âge de 18 ans, pas de maladies antérieures. A 18 ans, après un premier accouchement, colique hépatique. Onze grossesses au cours desquelles les crises sont suspendues pour revenir après chaque délivrance. A 41 ans, dernier accouchement avec deux crises de coliques hépatiques durant la grossesse. Sept ans plus tard les crises reprennent, deviennent de plus en plus fréquentes malgré un séjour à Karlsbad. Jamais d'ictère, mais légère élévation vespérale de la température (38°).

A l'examen, tumeur de la vésicule qui se laisse contourner par la main ; elle ne paraît pas particulièrement sensible ; sa dureté fait penser à un cancer. On ne sent aucun noyau. Les selles sont colorées, il n'y a pas de pigments dans les urines.

A l'intervention, le foie présente cinq noyaux néoplasiques. La vésicule carcinomateuse contient du pus et de petits calculs.

OBSERVATION IV

KEHR. N° 48.

En janvier 1905, douleurs dans la région hépatique sans causes reconnues et s'irradiant du côté des reins et jusque dans l'épaule. Elles arrivent à prendre un caractère d'acuité

tel que le malade est forcé non seulement de quitter son service mais encore ne peut séjourner au lit, la nuit surtout. L'appétit est nul, les selles irrégulières, légèrement décolorées ; pas de vomissements mais léger subictère conjonctival.

A l'examen, le malade est faible, ictérique ; son foie est gros, dur et présente une tumeur très douloureuse au niveau de la vésicule. L'urine contient quelques pigments biliaires.

Le diagnostic est hypertrophie du foie (par alcoolisme), empyème de la vésicule.

A l'opération, le foie est gros, la vésicule enveloppée d'adhérences, est séparée de la paroi abdominale. Il s'écoule du pus par une perforation d'où sortent également des calculs. La vésicule présente la dégénérescence néoplasique et l'on retrouve sur le foie des noyaux secondaires de la grosseur d'un haricot. L'examen histologique est fait après l'ablation de la vésicule et le diagnostic doit être réformé comme il suit :

Carcinome polymorphe de la vésicule biliaire.

OBSERVATION V

KOERTE. N° 10.

Malade âgée de 60 ans, a fait un séjour à l'hôpital l'année précédente à cause d'un abcès du pied droit. A aucun moment de son existence elle n'a souffert dans la région hépatique.

Huit jours avant son entrée, elle souffre subitement dans le côté droit du ventre. A l'examen, c'est une malade vigoureuse, grasse. On sent sous les côtes droites une tumeur dure du volume d'une pomme, fluctuante et douloureuse. Une ponction exploratrice donne de la bile trouble. A l'intervention, on ponctionne, après l'incision de la paroi, la vésicule d'où s'écoule une bile mêlée de pus. On fait la cholecystectomie.

A l'ouverture de la vésicule, on trouve soixante-six calculs et sur sa paroi interne une ulcération en partie nécrosée, dépassant les dimensions d'une pièce de deux francs.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cancer alvéolaire de la vésicule.

OBSERVATION VI

KOERTE. N° 23.

Femme de 43 ans qui a toujours été en bonne santé. Environ huit jours avant elle tombe subitement malade et souffre de douleurs dans la région hépatique. Elle a de l'ictère et des vomissements, les selles sont décolorées, pas de frisson. Les douleurs ne revêtent pas le caractère aigu des coliques hépatiques mais sont supportables. La température est de 39°,7. On sent malgré la contracture une masse arrondie siégeant à droite, très sensible à la pression.

Le diagnostic posé est celui de cholécystite purulente.

A l'intervention, la vésicule enflammée est adhérente avec l'intestin et l'estomac qui empiète sur elle. Par la ponction, on ramène du pus et de petits calculs.

La vésicule est enlevée ; on trouve sur sa paroi postérieure une masse ulcérée de la grosseur d'une noix, de consistance dure. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un carcinome de la vésicule.

Forme d'Hydropsie intermittente de la Vésicule. — Observations.

OBSERVATION I

KÜMMEL in Goldammer Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Beitrage 1907. T. 55. Obs. 204, p. 219. — Hydropsie de la Vésicule. — Cancer de la muqueuse vésiculaire. — Cholécystectomie. — Guérison.

Il s'agit d'une malade qui, depuis seize à dix-sept ans, souffre de douleurs violentes dans l'hypocondre droit, pendant quelques minutes, parfois quelques heures. Depuis sept ans, elle a remarqué, au niveau de la région hépatique, l'existence d'une tumeur qui s'est développée lentement mais avec des variations de volume. A l'examen, tumeur en forme de poire, peu sensible à la pression ; il n'y a pas de fièvre. Intervention le 9 décembre 1898. On tombe sur une vésicule hydropique à l'ouverture de laquelle il s'écoule, en même temps que des calculs, de grosses masses papillomateuses. La paroi interné de la vésicule présente de nombreux bour-

geons de nature papillomateuse et s'étendant jusqu'au canal cystique. Cholécystectomie avec drainage du moignon. A l'examen histologique : papillome de la vésicule avec dégénérescence carcinomateuse. Guérison. La malade est morte quatre ans et demi après d'un cancer du sein qui ne présentait aucune parenté histologique avec le cancer de la vésicule. Aucune récurrence locale.

OBSERVATION II

TANARKY. — Congrès de la Société hongroise de chirurgie. — Buda-Pesth, 29 mai 1908.

Il s'agit d'une femme de 53 ans, journalière, ayant eu quatre enfants. En 1905 elle fut prise, pour la première fois, de douleurs hépatiques. En même temps une tumeur apparut à l'hypocondre droit. Ces phénomènes durèrent peu de temps et bientôt, sans aucune cause apparente, la tumeur disparut; les douleurs cessèrent également. A l'automne suivant, la tumeur fit de nouveau son apparition. Depuis cette époque, elle n'a jamais complètement disparu, mais elle a présenté de nombreuses alternatives d'affaissement et de distension. Les douleurs sont plus intenses quand la malade se couche du côté gauche. Jamais d'ictère. La persistance des phénomènes douloureux et l'existence d'une tumeur à l'hypocondre amènent la malade à l'hôpital, le 9 juin 1907. A l'entrée on trouve, dans l'hypocondre droit, une tumeur piriforme, de la grosseur de deux poings, descendant un peu au-dessus de l'ombilic. Elle donne, au palper, la consistance d'un kyste auquel on peut imprimer quelques déplacements. Après une incision parallèle au bord costal, on met facilement à découvert la tumeur qui n'est autre que la vésicule distendue. Cholécystectomie. Guérison.

A l'examen, la vésicule a 20 centimètres de longueur; des parois épaissies et renfermant 200 centimètres cubes de sérosité claire dans laquelle on trouve un calcul du volume d'une noix et 79 petites pierres. Au niveau du col de la vésicule on remarque une ulcération de la grosseur d'une pièce de 5 francs, dure, et dont l'examen histologique démontre la nature cancéreuse. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique tout à fait caractéristique.

CHAPITRE II

FORME HÉPATIQUE

La forme hépatique a été mise en évidence par Lancereaux, dans les leçons qu'il fit en 1887 à l'hôpital de la Pitié, et, dès cette époque, les principaux caractères cliniques en furent fixés.

Son début n'est marqué par aucun phénomène important et souvent l'affection peut demeurer latente pendant longtemps. Nombreuses sont les observations où le malade avait joui d'une très bonne santé jusqu'à quelques semaines de sa mort ; quelquefois même deux mois, un mois et demi avant l'issue fatale, des malades ne présentèrent aucun trouble. Wagner n'a-t-il pas rapporté un cas où, quinze jours avant sa mort, un malade n'accusait aucun symptôme morbide. Le plus généralement l'affection se traduit par des signes plus ou moins accusés depuis neuf à quinze mois environ. Ce sont des douleurs vagues dans l'abdomen, une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit ; quelquefois même le patient accuse des douleurs à type de coliques comme dans la forme biliaire ; mais alors la fréquence et l'intensité des douleurs sont bien diminuées. Le plus souvent aussi on note une déchéance profonde de l'organisme, un amaigrissement rapide, une diminution subite des

forces et de l'appétit. La diarrhée alterne avec la constipation. L'affection, évoluant, prend très vite les caractères d'une lésion hépatique. Le foie devient volumineux et dur, plus ou moins régulier, et c'est souvent la sensation de gêne apportée par son volume, qui attire en premier lieu l'attention du malade et du clinicien. Il dépasse largement les fausses côtes.

Morin rapporte dans sa thèse (Paris 1891) un cas où le foie débordait à cinq travers de doigt au-dessous des fausses-côtes. Son bord antérieur peut être bosselé, mais dans la majorité des cas il est lisse, régulier. La palpation fait reconnaître sa consistance ligneuse et en même temps elle éveille des douleurs plus ou moins accentuées. La douleur devient parfois spontanée ; elle siège surtout à l'hypocondre droit ; elle s'accroît peu à peu avec les progrès de la maladie, revêt un caractère lancinant et par son atrocité exerce une dépression morale sur les malades. Persistante et continue, la douleur procède néanmoins par poussées et, sur un étiage douloureux constant, il survient de temps à autre des recrudescences terribles qui laissent le patient absolument annihilé. Localisée à l'hypocondre droit et à l'épigastre, la douleur s'irradie rarement vers l'épaule droite.

L'état de ces malades est lamentable et ils terminent leurs jours par cachexie ou insuffisance hépatique. Il est à noter que dans ces derniers stades, la fièvre peut s'allumer et cela sans que l'on soit en droit d'incriminer une suppuration hépatique.

On ne note pas dans toute cette évolution la teinte

ictérique, si fréquente dans la forme biliaire. C'est à peine si les téguments sont légèrement teintés ; quelquefois même ils ne le sont pas du tout.

Forme hépatique. — Observations

OBSERVATION I

(LANCEREAUX, *Semaine Médicale*, 1887)

Femme de 50 ans, mécanicienne. Entre à l'hôpital se plaignant de souffrir depuis cinq ou six mois. A la même époque elle s'est aperçue qu'il s'est formé, dans l'hypochondre et la région épigastrique, une tuméfaction profonde qui s'accroît depuis lors. Malgré un léger degré d'obésité, elle perd ses forces et présente quelques troubles digestifs ; son appétit est conservé mais elle vomit fréquemment.

En explorant la région hépatique, on constate une augmentation de volume du foie, qui déborde de quatre à cinq travers de doigt les fausses-côtes. Il forme une saillie dure, ligneuse surtout au niveau de l'épigastre. La surface est lisse et unie, sans bosselures nettes. Il n'y a pas de trace d'ictère vrai ; tout au plus la teinte générale des téguments est-elle légèrement terreuse comme on le voit dans les affections hépatiques. Pas de pigments biliaires dans les urines. A la fin de sa vie, la malade présenta des signes d'insuffisance hépatique, délire, collapsus ; langue sèche et fuligineuse.

A l'autopsie, foie volumineux, pesant 5 kilogs, parsemé dans son intérieur de nodosités rouges, molles, à peine saillantes. Au voisinage de la vésicule se trouve une masse d'aspect encéphaloïde ; la vésicule, distendue, contient quatre calculs et présente, sur son fond, une ulcération à bords indurés.

OBSERVATION II

KRAUSS. — Prim-Gallenblasen Krebs *Deutsch Arch, Klin. med.*, 1883.

Femme de 48 ans. L'affection a duré cinq mois. Anémie générale et cachexie ; œdème des extrémités inférieures et supérieures. Jamais d'ictère.

A l'autopsie, carcinome de la vésicule biliaire ayant envahi le pylore et le duodénum. Large cavité cancéreuse entre l'estomac, le duodénum et la vésicule. Foie farci de noyaux volumineux qui envahissent le diaphragme ; nodule dans le côlon ascendant qui est adhérent au foie. Dilatation de l'estomac, péritonite enkystée entre le côlon, l'estomac et la paroi abdominale en communication avec le foyer néoplasique.

OBSERVATION III

RIEFEL. — Gallenstein Krankheit mit und ohne Icterus 1892.

Malade ayant éprouvé une pesanteur douloureuse dans la région de l'estomac. Six semaines auparavant elle reçoit un choc sur les fausses côtes droites et, depuis, souffrit de cette région.

Pas d'ictère. Troubles digestifs. Cachexie et mort. A l'autopsie, carcinome de la vésicule.

OBSERVATION IV

Thèse BONAMY, Paris, 1900-1901.

Homme 53 ans. Depuis sept à huit mois, douleurs violentes dans l'hypocondre droit. Au début, simple pesanteur, puis les douleurs ont augmenté d'intensité ; le patient subit par intervalle des crises d'une acuité violente et ne rappelant nullement les douleurs de la colique hépatique. La douleur, en effet, reste localisée à la région hépatique sans irradiations.

Les troubles digestifs, d'abord peu marqués, ont augmenté ; l'appétit a disparu, les digestions sont cependant assez bonnes ; à diverses reprises constipation. L'amaigrissement est considérable, avec mine pâle mais sans trace d'ictère. Physiquement les urines ne sont pas changées ; il y a une légère diminution de l'urée.

Au palper, tumeur volumineuse, libre, sans bosselures ; léger météorisme abdominal, pas d'ascite. La température est à 38° 5, le malade présentant une plaque érysipélateuse au niveau de l'aile du nez.

A l'autopsie, l'intestin adhère à la face inférieure du foie

ce dernier est lisse avec quelques noyaux peu saillants. La vésicule biliaire est dilatée ainsi que les gros canaux biliaires; les parois vésiculaires sont infiltrées par un néoplasme. Il n'y a pas de calculs.

OBSERVATION V

KEHR (Drei Jahre Gallenstein-Chirurgie). — Cystostomie pour un carcinome de la vésicule biliaire.

Le patient, qui a jusqu'alors joui d'une bonne santé, a contracté l'influenza six mois auparavant. Depuis, sa santé s'est altérée, il perd ses forces et son appétit. Sept semaines avant son entrée à l'hôpital, il éprouve de vives douleurs dans la région hépatique et commence à vomir. Jamais d'ictère.

Au palper, le foie est dur, augmenté de volume et présente, sur son bord antérieur, une grosse masse arrondie qui est le siège de vives douleurs au contact. On hésite, comme diagnostic, entre un néoplasme du foie et un empyème vésiculaire avec cirrhose concomitante.

A l'intervention, la vésicule contient des calculs et du pus; le parenchyme hépatique, très dur, est le siège soit de cirrhose, soit d'un néoplasme. Le malade part, amélioré, avec une fistule biliaire; il meurt, quelques mois après, de l'évolution du néoplasme.

OBSERVATION VI

Cette observation est inédite et nous la devons à l'obligeance de M. le docteur COTTE, chef de clinique chirurgicale de M. le professeur PONCET. C'est un beau cas de néoplasme de la vésicule biliaire à forme hépatique.

M^{me} C..., 56 ans, est envoyée, le 23 septembre 1910, à la clinique de M. le professeur Poncet, avec le diagnostic de « phlegmon lombaire ». Aucune particularité à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement elle n'a jamais fait de maladie, ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence. Trois enfants, tous en bonne santé.

L'affection actuelle aurait débuté, il y a cinq semaines environ, par des douleurs au niveau de l'hypocondre droit et

une élévation de la température. En même temps, le médecin constate l'existence d'une grosse tuméfaction sous-hépatique.

La malade, il y a une quinzaine d'années, aurait eu des coliques hépatiques ; mais, depuis cette époque, elle n'a jamais plus ressenti aucune douleur dans cette région. Elle n'a jamais eu d'ictère et, actuellement, on ne constate aucune coloration anormale de la peau ou des muqueuses ; les urines ne renferment pas de pigments. Depuis quelque temps, la malade se plaint de troubles digestifs vagues et de vomissements ; mais ceux-ci sont irréguliers dans leur apparition et n'offrent aucun caractère de sténose pylorique. D'ailleurs, à l'examen, on voit que l'estomac n'est pas dilaté. On reconnaît seulement, dans l'hypocondre droit, l'existence d'une grosse tuméfaction sous-hépatique ayant à peu près le volume du poing, lisse, régulière, nettement encapsulée et se détachant bien des tissus voisins ; mobile en partie avec le foie dans les mouvements respiratoires. Pas de plastron au niveau de la paroi abdominale. Rien dans les urines. Température, 39° 5. En présence de ces symptômes, on pense à un empyème de la vésicule biliaire et on décide l'intervention pour le lendemain.

Opération le 24 septembre 1910.

Laparotomie sur le bord externe du grand droit, de façon à pouvoir faire une incision coudée de Mazo Robson en cas de besoin. Après ouverture du péritoine on arrive sur une grosse masse néoplasique, représentée par la vésicule et l'épiploon. Aucune trace de péricholécystite ; pas de suppuration sous-hépatique. La vésicule est dégénérée dans sa totalité ; la portion correspondante du foie est envahie. Rien à l'estomac ou au côlon ; aucune marque de sténose. Les parois de la vésicule sont tellement indurées qu'il est impossible de savoir s'il y a des calculs à son intérieur. Le fond est envahi dans toute son étendue et, d'autre part, il est recouvert en partie par un noyau d'épiploon également cancéreux. Dans ces conditions, on reterme la paroi abdominale.

Rien à signaler dans les suites opératoires.

Au dixième jour, apparition d'un petit abcès, dans la

paroi, et par lequel s'échappe une grande quantité d'un pus bilieux. Drainage. La malade part chez elle au bout de trois semaines, en conservant encore une petite fistule qui laisse écouler un liquide puriforme, venu de la profondeur.

Depuis, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

CHAPITRE III

FORME PSEUDO-PYLORIQUE

La vésicule biliaire présente normalement des rapports très étroits avec la région pylorique ainsi qu'avec la portion juxta-pylorique du duodénum. Aussi conçoit-on *a priori* que dans les cas où la vésicule est augmentée de volume par un processus néoplasique, elle peut exercer une compression sur le pylore et en gêner le fonctionnement. Dans d'autres cas c'est plutôt par réaction péritonéale concomitante, par péricholécystite ou bien encore par propagation néoplasique qu'elle exerce son action néfaste sur le pylore. En réalité pas n'est besoin que ce soit précisément la portion pylorique de l'estomac qui ait son calibre diminué ou son élasticité amoindrie ; et le syndrome pylorique est tout aussi bien réalisé par une compression de la portion ascendante du duodénum.

A la Société de médecine de Berlin, en 1891, Boas fait déjà remarquer l'équivalence symptomatique de la compression du duodénum et du pylore.

M. Pic (Revue de Médecine 1896) écrit lui aussi : « On ne saurait faire de distinction au point de vue symptomatique entre l'occlusion ou la compression

produite au niveau du pylore et celle qui survient dans la partie du duodénum située en dessus de l'ampoule de Vater : les symptômes sont identiques. »

Comme on pourra s'en rendre compte par la lecture des observations données ci-après de cette forme dite pseudo-pylorique, il est facile de se convaincre de sa similitude symptomatique avec le cancer du pylore.

Même début insidieux et lent par des troubles de la digestion : pesanteur anormale, légères hématuries, douleurs abdominales, vomissements. Quelquefois dans l'un et l'autre cas c'est tout à fait par hasard qu'une tumeur attire l'attention du malade et l'on sait que souvent les tumeurs juxta-pyloriques de l'estomac restent longtemps silencieuses. Enfin la douleur dans les deux cas est très comparable ; elle a le même siège, les mêmes irradiations ; car il est à noter que presque jamais les douleurs symptomatiques du cancer de la vésicule ne revêtent la forme particulière des douleurs de la lithiasé avec ses irradiations dans l'épaule droite. Enfin dans les deux cas encore les vomissements, la tension intermittente de l'épigastre, la diminution de la quantité des fèces sont de tous points comparables.

Et l'on pourrait continuer ainsi le parallèle pour presque tous les symptômes.

Seul l'ictère peut être d'un certain secours pour éclairer le clinicien ; et encore connaît-on la fréquence relativement assez grande de l'ictère dans les tumeurs déjà anciennes du pylore. Cependant, il est évident que la constatation d'un ictère au début des

manifestations morbides doit attirer l'attention du côté de la vésicule et de l'estomac.

Ces notions doivent toujours être présentes à l'esprit.

Forme pseudo-pylorique. — Observations

OBSERVATION I

(Transact of the pathological Society of London 1880). Bovmann
Moore.

Femme de 59 ans; elle remarqua, il y a 5 ans, au niveau de l'abdomen, une tumeur qui grossit peu à peu sans qu'elle en ressentit le moindre trouble jusqu'aux 4 semaines dernières.

A l'entrée on sent une tumeur dure près du foie et l'on constate une dilatation de l'estomac. A l'autopsie le pylore et la partie initiale du duodénum sont adhérents à la vésicule biliaire. Celle-ci contient 4 gros calculs et plusieurs petites pierres et ses parois sont infiltrées par une masse cancéreuse. L'estomac est si dilaté qu'il descend jusqu'à un pouce de la symphise pubienne. Le duodénum est infiltré par le processus néoplasique. Le pylore est indemne.

OBSERVATION II

In Thèse DESSAIGNE. — Recueillie dans le service de M. PIC,
par M. LESIEUR, interne

Femme de 47 ans, célibataire, nullipare, sans antécédents héréditaires ni personnels. Il y a 2 ans troubles digestifs ayant nécessité un séjour de 15 jours à l'hôpital. Ces troubles gastriques revenus à intervalles consistent en pituites glaireuses, renvois, pesanteur après les repas, anorexie. La nuit elle a des cauchemars. Depuis un mois, grande faiblesse générale.

A l'entrée ballonnement après les repas, accompagné d'une douleur dans le flanc droit — pas de vomissements, pas de diarrhée ni de constipation, selles un peu colorées. Depuis 15 jours ictère. Le foie est très difficile à déceler.

Intervention (M. Bérard). On trouve un foie petit avec un noyau dur sur sa face antérieure; dans le cholédoque on sent des noyaux dus probablement à des calculs mais pouvant être aussi des ganglions néoplasiques. L'état de la malade contre-indique une cholédocotomie. A l'autopsie on trouve à la face inférieure du foie une tumeur développée aux dépens de la vésicule biliaire dégénérée. On y voit une masse squirrheuse très dure, du volume d'une noix; le cancer a envahi le cystique.

A la face inférieure le néoplasme adhère très intimement à la première partie du duodénum lequel présente, par suite, une coudure gênant la progression du contenu stomacal. L'orifice pylorique n'est nullement envahi non plus que la paroi duodénale. L'estomac est notablement dilaté. Pas de calculs, ni dans la vésicule, ni dans les voies biliaires.

OBSERVATION III

Congrès de Médecine de Nancy, 1896. — Recueillie dans le service de M. Professeur TESSIER, suppléé par M. PIC.

Femme de 50 ans. Mère morte d'une maladie de foie avec coliques hépatiques. Une sœur a eü des coliques hépatiques. Personnellement aucune autre affection que des coliques hépatiques dont le début remonte à 12 ans. Vomissements et ictère concomitants. Pas de calculs bien nets dans les selles; les crises s'espacent et ne surviennent plus que tous les 2 à 3 ans.

Depuis 6 semaines la malade souffre de l'estomac surtout 2 à 3 heures après les repas. C'est une sensation de pesanteur et de constriction. La patiente constate des ondes péristaltiques et vomit très abondamment; elle a reconnu dans ses vomissements des aliments ingérés depuis 2 à 3 jours.

Amaigrissement considérable. Constipation.

A l'examen, voussure de la région sus-ombilicale droite. Au niveau et au-dessous de l'ombilic grosse tuméfaction s'étendant jusqu'à 3 travers de doigt du pubis. L'insufflation de l'estomac permet de constater la dilatation de cet organe dont la portion pylorique est adhérente à la face inférieure du foie. Cachexie profonde. Intervention. Gastro-entéro-anastomose au bouton de Villard.

Autopsie. Pylore sain mais largement dilaté et communiquant avec la portion sous-pylorique du duodénum lequel adhère à la vésicule.

La vésicule dure, rétractée ne contient aucun calcul, mais au niveau du canal cystique elle présente une tumeur de nature néoplasique de la grosseur d'un œuf de pigeon.

OBSERVATION IV

(Transact of Path. Society of London 1857). Markham.

Femme 28 ans. Bonne santé antérieure. Depuis quatre mois souffre et vomit une heure après les repas.

Ictère. — Tumeur au niveau du pylore.

A l'autopsie, estomac très distendu avec liquide marc de café. Vésicule transformée en masse squirrheuse, calculs.

La tumeur adhère à la première portion du duodénum qu'elle comprimait : il n'y a pas d'envahissement néoplasique.

Réflexion de l'auteur au protocole d'autopsie :

Le cancer primitif de la vésicule est rare. Il donne des symptômes simulant exactement ceux du pylore ; il donne lieu à des hémorrhagies gastriques.

On est en effet frappé par deux conditions particulières à la lecture de cette observation. C'est d'abord l'extrême jeunesse de la malade et ensuite la présence d'hématémèses.

OBSERVATION V

KOERTE.

Le mari de la malade est mort il y a deux ans d'un cancer de l'estomac. Depuis six mois elle souffre de douleurs stomacales, vomit depuis huit jours mais sans hématémèse. Amaigrissement.

Au palper, on sent au niveau de la région pylorique un épaississement des plans sous-jacents. La grande courbure est abaissée.

Le repas d'épreuve donne des résidus.

L'épreuve de l'acide chlorhydrique est négative, celle de l'acide lactique est positive.

A l'intervention, on tombe sur une grosse tumeur siégeant au niveau du pylore, fixée, adhérente au pancréas et au foie qui présente des métastases. Gastro-entéro-anastomose.

La malade meurt huit jours après l'intervention.

A l'autopsie, on trouve un cancer primitif de la vésicule adhérente au pylore qui a été comprimé, ce qui a entraîné la dilatation gastrique.

CHAPITRE IV

FORME INTESTINALE DU CANCER DE LA VÉSICULE

Dans certains cas, en raison des rapports qui existent entre la vésicule et l'intestin, le néoplasme de la vésicule peut retentir sur la fonction intestinale :

Soit qu'il s'établisse seulement des brides qui courent et aplattissent l'intestin, soit au contraire que la tumeur elle-même appuie sur l'intestin et le comprime, soit enfin que les parois intestinales infiltrées par le néoplasme s'épaississent et forment un rétrécissement qui gêne le cours des matières. Dans une dernière alternative le néoplasme peut perforer l'intestin et donner lieu à une fistule cystico-colique, comme Kehr en rapporte un exemple et dont nous donnons la traduction. Il est en effet à considérer que c'est surtout le gros intestin et en particulier l'angle droit du côlon qui, par ses rapports anatomiques, est le siège de ces lésions pathologiques.

Au point de vue clinique, ce qui ressort de la lecture des observations, c'est la gravité, la fréquence des vomissements. Ils sont d'une intensité telle et leur répétition est si grande qu'aucun aliment n'est supporté par l'estomac. Comme conséquence de la courte durée du séjour des aliments dans l'estomac, celui-ci ne se dilate pas.

Dans aucun cas, les vomissements n'offrent le caractère fécaloïde ; mais tous les autres symptômes de l'obstruction intestinale peuvent être mis en évidence, météorisme abdominal, constipation opiniâtre, couleur normale des selles ; la variabilité de l'ictère qui fait du reste souvent défaut. Si l'on joint à ces signes la notion d'une tumeur bas située, n'occupant pas exactement le siège de la vésicule, la cachexie vraiment caractéristique, on fera pencher le diagnostic du côté d'un néoplasme intestinal. Ce n'est que par une discussion raisonnée et aussi par l'absence de vomissements fécaloïdes, de melœna, que l'on pourra songer au néoplasme de la vésicule biliaire.

Forme Intestinale. — Observations.

OBSERVATION I

In TH. COTTE

Cette observation est due à l'obligeante amabilité de M. le docteur TIXIER. — Cancer du col de la Vésicule. — Gastro-entéro-anastomose. — Cholécystostomie. — Cholécystectomie secondaire. — Guérison.

Femme de 50 ans venant à l'hôpital pour une tumeur abdominale ; souffre de l'estomac depuis l'âge de 18 ans. Il y a quinze ans, signes d'ulcère avec hématoméose et melœna ; régime lacté avec amélioration pendant vingt-trois ans. Puis reviennent les douleurs en broche. Il y a un an, les douleurs s'accroissent et la malade constata à droite de l'ombilic une tumeur ayant des contours précis et qui a depuis constamment augmenté de volume. Perte de poids de 13 kilogs.

A l'entrée, état général satisfaisant. Pas d'ictère, ni de cachexie. On sent à la palpation de l'abdomen dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit une tumeur nettement délimitée qui semble d'origine vésiculaire. Estomac dilaté, pas d'albumine dans les urines. Le diagnostic clinique est : ancien

ulcère de l'estomac. Néoplasme en évolution, hydropisie de la vésicule. Péricholécystite.

Intervention. — Estomac et duodénum dilatés par le néoplasme. Gastro-entéro-anastomose postérieure. Vésicule de la grosseur d'une aubergine. Au niveau du col, adhérence épiploïque qui va au pylore. Ponction de la vésicule. Il s'écoule 200 grammes de liquide puriforme.

Réséction de la moitié de la vésicule. Cholécystostomie. La vésicule renferme de nombreux calculs à facette. Son fond est épaissi mais vers le col il y a des bourgeons épithéliomateux encéphaloïde.

Ablation secondaire de la vésicule.

OBSERVATION II

In TH. COTTE. — M. le professeur Patel a présenté la malade à la Société de Chirurgie de Lyon.

Mme B., 68 ans. Entre à l'hôpital pour symptômes d'occlusion intestinale qui allaient s'accroissant depuis deux jours et demi. Rien dans les antécédents. Depuis un an, souffre parfois dans le ventre, vomit, présente un peu de constipation. Aggravation de tous ces signes depuis deux jours et demi. Douleurs très violentes dans l'abdomen, vomissements fréquents.

A l'examen, malade amaigri, traits tirés, léger hoquet, nausées fréquentes; l'abdomen est moyennement météorisé; on voit se dessiner des anses grêles sous la peau. Respiration franchement abdominale.

A la palpation de l'abdomen, résistance de l'hypocondre droit. On délimite vaguement une tuméfaction qui semble tenir au foie. Cette tumeur siège sur le bord externe du grand droit; mobile avec le foie, complètement mate. Elle est dure, tendue, régulière.

L'estomac n'est pas dilaté, le cœcum volumineux clapote. On songe à un obstacle placé sur le côlon transverse et dû à une tumeur de l'intestin.

Intervention. — Après incision sur le bord externe du grand droit, on voit apparaître un bloc volumineux formé par le bord inférieur du foie et le fond de la vésicule distendue. Le côlon transverse adhère à la face inférieure de

la vésicule ; il est dilaté au-delà, rétréci plus bas. L'intestin est souple et son calibre normal.

La vésicule a doublé de volume ; elle est dure et ses parois sont très épaissies. On pratique la cholécystectomie sous-séreuse.

Examen macroscopique. — Vésicule du volume d'une poire, fluctuante.

A l'incision liquide grisâtre, sanieux, contenant quatre petits calculs. Les parois de la vésicule sont tapissées à l'intérieur de végétations molles, irrégulières, friables, visqueuses, rappelant certaines productions rencontrées à l'intérieur des kytes de l'ovaire.

L'examen histologique dû à l'obligeance de M. le professeur Paviot a montré l'existence d'un cancer avec des zones de tissu myxoïde du côté de la surface interne.

OBSERVATION III

KEHR. N° 299.

Première intervention le 1 septembre 1904.

On fait une cholécystectomie. Drainage hépatique et une colostomie.

Le 6 octobre 1904, on ferme la fistule colique.

La malade sort le 5 novembre 1904 améliorée.

Elle était porteur d'un carcinome de la vésicule biliaire qui était adhérente au côlon.

On put extraire des calculs du canal hépatique.

OBSERVATION IV

ROUGLÉ et PILLET. — Bulletin de la Société Anatomique 1894.

Femme de 50 ans, jamais de maladies dans l'enfance ; plusieurs crises de coliques hépatiques.

Etat actuel. — Ictère prononcé, douleur à l'hypocondre droit, nausées, vomissements. A la palpation, grosse masse occupant l'hypocondre droit douloureux et s'étendant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. L'abdomen est fortement météorisé, les selles sont rares, la constipation opiniâtre. Après deux purgations, le malade rend, avec un lavement, des matières liquides colorées en jaune. Deux

petits ganglions dans le creux sus-claviculaire gauche, durs et mobiles, ils ont les caractères des ganglions néoplasiques. Cachexie intense accélérée par d'incessants vomissements. Ascite.

La malade succombe après 48 heures de coma.

A l'autopsie, la vésicule est transformée en une masse de tissu encéphaloïde à centre ramolli creusé d'une cavité remplie de sang. Cette masse est elle-même reliée au côlon par de solides adhérences.

OBSERVATION V

KOERTE.

Homme de 49 ans, souffre depuis un an de douleurs fréquentes de l'estomac avec tendance à la constipation. En juillet 1901, les douleurs et la constipation augmentent.

A l'examen, homme vigoureux encore; le foie paraît gros mais difficile à délimiter. Au toucher rectal, on sent dans la région du promontoire une tumeur dure et irrégulière.

15 novembre 1901. — Intervention. Laparotomie médiane. Le péritoine est parsemé de noyaux néoplasiques.

Ascite. — Dans la portion inférieure du côlon, on trouve la tumeur mentionnée qui paraît inextirpable. Colostomie gauche.

Le 18/11 1901, purgation à l'huile de ricin, expulsion de scyballes par l'anus iliaque. Il survient un ictère intense le 25. Mort le 11 décembre 1901.

A l'autopsie, carcinose péritonéale, tumeur stercorale du côlon. Carcinome de la paroi de la vésicule. Calculs du cholédoque. Noyau de généralisation dans la veine porte.

CHAPITRE V

FORMES DE NÉOPLASME ULCÉRANT AVEC PÉRITONITE PAR PERFORATION

Ces formes sont encore, à l'heure actuelle, assez mal connues. On en trouve cependant un certain nombre de cas dans la littérature chirurgicale. Leur diagnostic est entouré de difficultés qui peuvent être insurmontables.

Fort souvent, en effet, il semble que rien n'attire l'attention du côté des voies biliaires lorsque subitement le sujet présente les symptômes d'une péritonite généralisée. Ce n'est qu'à l'intervention que l'on trouve l'ulcération ; elle peut siéger soit sur la vésicule elle-même, soit sur le canal cystique.

Une observation de Kümmel, que nous rapportons (observation 233), montre bien que les choses peuvent se passer ainsi et que sans phénomènes du côté des voies biliaires ni du foie, un néoplasme peut évoluer en sourdine et donner lieu, après une perforation, à tous les symptômes d'une péritonite généralisée.

Dans ce cas, on fut conduit dès l'ouverture de l'abdomen à penser à une perforation biliaire étant donné la nature de l'épanchement intra-péritonéal, lequel contenait une grande quantité de bile. Après

s'être porté sur la vésicule on reconnut alors seulement la nature néoplasique de la perforation.

Dans certains autres cas, au contraire, on peut songer, en face d'une péritonite brusquement généralisée, à un point de départ hépatique. On a en effet pour diriger le diagnostic de ce côté la notion de coliques hépatiques antérieures.

Cependant, là encore, le diagnostic de néoplasme n'est pas porté, ce n'est que par l'étude des signes concomitants que l'on pourra penser à un processus néoplasique.

Il semble qu'à l'heure actuelle, tout au moins, il n'y ait pas de signes cliniques distinctifs de cette affection.

L'évolution de cette forme est particulièrement grave puisqu'elle joint à toute la gravité d'un néoplasme hépatique, tout le danger des péritonites par perforation.

Observations

Nous rapportons ici deux observations seulement de néoplasme ulcérant des voies biliaires amenant par perforation une péritonite généralisée.

Toutes les deux, nous les devons à Kümmel, que nous avons à chaque instant du reste mis à contribution dans notre travail.

OBSERVATION I

KUMMEL (loc. cit. p. 230, obs. 218. — *Beitrag* f. chirurgie 1907. T. 55, p. 58).

Il s'agit d'une femme de 39 ans avec un passé de lithiasé biliaire.

A l'intervention, on tombe sur un néoplasme du cholédoque, le canal hépatique est rompu. On fait une stomie.

Mort par péritonite généralisée.

OBSERVATION II

(KÜMMEL. — Obs. 223, p. 234). — Lithiase biliaire. — Cancer de la vésicule perforée. — Laparotomie exploratrice. — Mort.

Homme de 63 ans ; souffre depuis des années de gastrite catarrhale avec diarrhée ; depuis quelque temps cette dernière a fait place à la constipation. Jamais de coliques hépatiques ou d'ictère. Amaigrissement.

A l'entrée, depuis cinq jours, il n'y a eu ni selles, ni gaz ; le ventre est ballonné avec vomissements incessants.

A l'examen, homme très amaigri ; abdomen météorisé au maximum, douloureux à la pression dans toute son étendue, mais surtout du côté du côlon descendant. Vomissements fécaloïdes. La température est à 37° 6 ; le pouls, petit, irrégulier, compte 110.

Opération le 1^{er} mars 1910.

Incision à gauche, pour faire un anus contre nature si besoin est. Dès l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide bilieux, qui remplit tout le ventre et paraît venir du foie où l'on sent une tumeur.

Deuxième incision sur le bord externe du grand droit. On reconnaît l'existence d'une perforation de la vésicule biliaire qui est le siège d'un néoplasme. Cette perforation a entraîné une péritonite généralisée. Drainage. Mort quarante-huit heures après.

CONCLUSIONS

I. Le cancer de la Vésicule biliaire est une affection qui semble le plus souvent succéder à la lithiase vésiculaire.

II. Les deux formes les plus anciennement connues (forme hépatique et forme biliaire) sont en même temps les plus fréquentes.

III. A côté de ces deux formes, les auteurs en ont décrit d'autres (la forme pylorique et la forme intestinale).

IV. A côté de ces différentes formes, il semble qu'il y ait place dans le cadre nosologique pour une forme dite « Cholécystite Néoplasique » et qui peut revêtir plusieurs formes.

a) forme de Cholécystite.

b) forme d'Empyème et de Péricholécystite suppurée.

c) forme d'Hydropisie intermittente.

V. Chacune de ces formes peut évoluer d'une façon, il est vrai, tout à fait exceptionnelle, vers la Perforation et la Péritonite généralisée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer.

Lyon, le 13 juillet 1911.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALEX. — Th. Lyon 1896.
ARNES. — Primary carcinoma of the Gall Blader Bull-Lond
1894.
BERNARD. — Th. Lyon 1896.
BERTRAND. — Th. Paris 1878.
BRON. — Th. Paris 1893.
CALOT. — Th. Paris 1890.
COURVOISIER. — Beiträge z. Path. Chir. der Gallenwege,
Leipzig 1890.
DURAND-FARDEL. — Archives générales de Médecine 1840.
GALLIARD. — Presse médicale 1895.
GRAWITZ. — Charité Annalen 1890.
HAUTEVILLE. — Th. Paris 1873.
LANGEREAUX. — Semaine médicale 1887.
LE LIONAIS. — Th. Paris 1896.
LEROUX-BRILLET. — Société anatomique 1879.
MARCHAIS. — Th. Paris 1898.
MORIN. — Th. Paris 1891.
PIC. — Revue de Médecine 1894.
PIC. — Congrès de Médecine, Nancy 1896.
VILLARD-BRILLET. — Société Anatomique 1870.
DESSAIGNE. — Th. Lyon 1900.
ALBERTIN et MAIRE. — Cancer vésicule biliaire. Lyon Mé-
dical 1908.
AZÉMA et SERR. — Cancer primitif de la vésicule biliaire et
lithiase. Toulouse Médical, IX, 140.
BONAMY. — Th. Paris 1901.
BRET. — Cancer primitif de la vésicule biliaire, considérée
comme explication de lithiase. Lyon médical 1899.

- DEVIC et GALLAVARDIN. — Cancer des voies biliaires. Rev. Médecine 1901.
- FLEYS. — Contribution à l'étude des ruptures de la vésicule dans le péritoine. Th. Paris 1899.
- GOLDANNER. — Chirurg. der Gallenwege 1907.
- KEHR. — Drei Jahre Gallenstein Chirurgie.
- JABOULAY. — Cholécystogastrotomie (Th. Perrin, Lyon 1903).
- KOERTL. — Beiträge zu Chirurg. der Gallenblase. Berlin 1905.
- COTTE. — Th. Lyon 1908.
- PATEL. — Cancer vésicule biliaire. Soc. chir. de Lyon 1905.
- QUENU. — Cancer vésicule biliaire. Soc. chir., Paris 1908.
- VILLARD et COTTE. — Hydropisie intermittente de la vésicule. Revue Chirurgie 1906.
-

